

PLAN DE ATENCIÓN ANTICIPADA

Instrucciones: Los adultos competentes y los menores emancipados pueden proporcionar instrucciones anticipadas usando este formulario o cualquier otro formulario que elijan. Para que sea legalmente obligatorio, el Plan de Atención Anticipada debe estar firmado y contar ya sea con la autenticación de testigos o la certificación de un notario.

Yo, _____, por el presente documento, proporciono instrucciones anticipadas sobre el tratamiento que deseo recibir de mis médicos y demás proveedores de atención médica cuando ya no pueda tomar dichas decisiones de tratamiento yo mismo.

Representante: Deseo que la siguiente persona tome las decisiones de atención médica en mi nombre:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____
Domicilio: _____

Representante alternativo: Si la persona nombrada en la sección anterior no está capacitada o no está dispuesta a tomar las decisiones de atención médica en mi nombre, nombro como representante alternativo a:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____
Domicilio: _____

Calidad de vida:

Deseo que mis médicos me ayuden a mantener una calidad aceptable de vida, incluido el control suficiente del dolor. Para mí, una calidad de vida inaceptable significa llegar a tener cualquiera de los siguientes problemas (**puede marcar todas las opciones que desee**):

- Inconsciencia permanente:** Estoy totalmente inconsciente de las personas o de lo que me rodea con pocas probabilidades de salir en algún momento del coma.
- Confusión permanente:** Pierdo la capacidad de recordar, entender o tomar decisiones. No reconozco a mis seres queridos o no puedo tener una conversación comprensible con ellos.
- Dependiente en todas las actividades de la rutina diaria:** Ya no puedo hablar con claridad ni moverme por mí mismo. Dependo de otros para alimentarme, bañarme, vestirme y caminar. La rehabilitación o cualquier otro tratamiento reconstituyente no será de ayuda.
- Enfermedades en etapa terminal:** Tengo una enfermedad que haya alcanzado sus etapas finales a pesar de recibir tratamiento completo. Ejemplos: cáncer generalizado que ya no responda al tratamiento; enfermedad crónica y/o daño al corazón y los pulmones, por el que necesite oxígeno la mayor parte del tiempo y mis actividades estén limitadas debido a la sensación de asfixia.

Tratamiento:

Si mi calidad de vida llega a ser inaceptable para mí y mi enfermedad es irreversible (es decir, no habrá mejoría), dispongo que se me proporcione el tratamiento médicamente apropiado según lo siguiente. **Una marca en la casilla “Sí”, significa que DESEO recibir el tratamiento. Una marca en la casilla “No”, significa que NO DESEO recibir el tratamiento.**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RCP (Reanimación cardiopulmonar): para hacer que el corazón lata de nuevo y restablecer la respiración después de que se haya detenido. Por lo general, implica el uso de choques eléctricos, compresión torácica y ayuda respiratoria.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mantenimiento de vida / otra ayuda artificial: uso continuo de un ventilador respiratorio, administración de líquidos por vía intravenosa, medicamentos y demás equipo que ayude a que los pulmones, el corazón, los riñones y demás órganos sigan funcionando.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de nuevas enfermedades: uso de cirugía, transfusiones de sangre o antibióticos para el tratamiento de una nueva enfermedad, pero que no serán de ayuda contra la enfermedad principal.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda nasogástrica / líquidos por vía intravenosa: uso de sondas para hacer llegar alimento y agua al estómago del paciente, o la administración de líquidos por vía intravenosa que incluirían alimentación e hidratación administradas artificialmente.

Otras instrucciones, como disposiciones de sepultura, cuidados paliativos, etc.: _____

(Usar más páginas de ser necesario.)

Donación de órganos (opcional): Al morir, deseo hacer la siguiente donación anatómica (marque una):

Cualquier órgano/tejido Todo el cuerpo Sólo los siguientes órganos/tejidos: _____

FIRMA

Su firma debe ser autenticada por dos testigos adultos y competentes o certificada por un notario. Si es autenticada por testigos, ninguno de ellos puede ser la persona que haya nombrado como su representante, y al menos uno de los testigos debe ser alguien que no tenga parentesco con usted ni derecho a recibir parte de su herencia.

Firma: _____
(Paciente)

FECHA: _____

Testigos:

1. Soy un adulto competente y no soy la persona nombrada como el representante. Soy testigo de la firma del paciente en este formulario.
2. Soy un adulto competente y no soy la persona nombrada como el representante. No tengo parentesco consanguíneo con el paciente, ni por matrimonio ni por adopción, ni tengo derecho a parte alguna de la herencia del paciente a su fallecimiento de acuerdo con algún testamento o codicilo testamentario existente o por disposición legal. Soy testigo de la firma del paciente en este formulario.

Firma del testigo número 1

Firma del testigo número 2

Este documento puede ser certificado por un notario en lugar de ser autenticado por testigos:

ESTADO DE TENNESSEE
CONDADO DE _____

Soy un Notario Público en y para el estado y condado mencionado anteriormente. Me consta que la persona que firmó este documento y a quien conozco personalmente (o quien acreditó su identidad presentándome pruebas satisfactorias) es la persona que firmó como el "paciente". El paciente compareció personalmente ante mí y firmó en la sección anterior, o reconoció que la firma anterior es la suya propia. Declaro, bajo pena de perjurio, que el paciente parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de intimidación, fraude o influencia indebida.

Mi cargo vence: _____
Firma del Notario Público

QUÉ HACER CON ESTA VOLUNTAD ANTICIPADA

- Proporcione una copia a sus médicos.
- Conserve una copia en su archivo personal, en un lugar al que otras personas tengan acceso.
- Informe a sus parientes y amigos cercanos sobre el contenido de este documento.
- Proporcione una copia a las personas que nombró como representantes de atención médica.

*Aprobado por el Tennessee Department of Health, Board for Licensing Health Care Facilities (Consejo de Licencias de Establecimientos de Atención Médica del Departamento de Salud de Tennessee), 3 de febrero de 2005
Reconocimiento a Project GRACE (Proyecto GRACE) por inspirar la elaboración de este formulario.*